THIS NOTICE RELATES TO A PROOF OF CLAIM YOU FILED AGAINST THE GOVERNMENT OF PUERTO RICO IN ITS PROCEEDINGS UNDER THE PUERTO RICO OVERSIGHT, MANAGEMENT, AND ECONOMIC STABILITY ACT.

IF YOU ARE RECEIVING THIS NOTICE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM FOR THE REASON LISTED BELOW.

DOCUMENTS RELATING TO THIS CLAIM OBJECTION WERE MAILED TO YOU ON JUNE 12, 2020. PURSUANT TO DETAILS SET FORTH IN EXHIBIT "C" TO THE OBJECTION, THE DEADLINE TO RESPOND IS JULY 14, 2020. PLEASE CHECK YOUR MAIL BOX. IF YOU FAIL TO PROPERLY RESPOND TO THE OBJECTION, THE COURT MAY GRANT THE RELIEF REQUESTED BY THE GOVERNMENT WITHOUT FURTHER NOTICE OR HEARING.

NAME	CLAIM#	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Vega Martinez, William	173135	02/04/2020	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Docket Number	13415	Objection Title	Debtors' Two Hundred and Fifth C	Omnibus Objection
Reason:	to provide any b Puerto Rico, suc	asis or supporting doo h that the Debtors are	lities associated with the Commonwoumentation for asserting a claim age unable to determine whether claim any of the other Title III debtors	gainst the Commonwealth of

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN ESTÁ RELACIONADA CON UNA EVIDENCIA DE RECLAMO QUE USTED PRESENTÓ CONTRA EL GOBIERNO DE PUERTO RICO EN EL PROCESO QUE SE SUSTANCIA EN VIRTUD DE LA LEY DE SUPERVISIÓN, ADMINISTRACIÓN Y ESTABILIDAD FINANCIERA DE PUERTO RICO.

SI USTED RECIBE ESTA NOTIFICACIÓN ES PORQUE UNO O MÁS DE LOS DEUDORES PRETENDEN DESESTIMAR SU RECLAMO POR LA RAZÓN EXPUESTA A CONTINUACIÓN.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON ESTA OBJECIÓN DE RECLAMO LE FUERON ENVIADOS A USTED POR CORREO EL DÍA 12 DE JUNIO DE 2020. DE ACUERDO CON LOS DATOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO "C" A LA OBJECIÓN, LA FECHA LÍMITE PARA RESPONDER ES EL 14 DE JULIO DE 2020. SÍRVASE POR FAVOR VERIFICAR SU CASILLA DE CORREO. SI NO RESPONDE APROPIADAMENTE A LA OBJECIÓN, EL TRIBUNAL PODRÍA OTORGAR LA REPARACIÓN SOLICITADA POR EL GOBIERNO SIN PREVIO AVISO NI AUDIENCIA.

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Vega Martinez, William	173135	02/04/2020	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Número de registro de actos procesales	13415	Título de la objeción	Debtors' Two Hundred and	Fifth Omnibus Objection
Base para:	Rico, pero omite prop cual los Deudores no	orcionar fundamentos pueden determinar si e	o documentación de respaldo	ado Libre Asociado de Puerto o para dicha formulación, por lo o válido contra el Estado Libre rtud del Título III.

Form. 40 a Sev. 179-03283-LTS Doc#:13968-1 Filed:08/04/20 Entered:08/05/20 12 Desc: por vacaciones Exhibit Page 2 of 11

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE INSTRUCCION PUBLICA
División de Personal - Hato Rey, Puerto Rico

egulares en juno			
Descontarle	días	por	
ausencias			

INFORME DE CAMBIO - PERSONAL DOCENTE

		DESPUES DEL CAMBIO
1 Nombre del Empleado	Vega Martínes, William	
2 Núm. Seg. Social	-4771	
3 Sexo		
4 Estado Civil	Soltero	
5 Prep. Académica	BA	
6 Experiencia	0	
7 Status Empleado (Contrato)	Trans. Elegible	
8 Sueldo Bruto	51 303.00	
9 Núm, de la Plaza	0705-7	
10 Categoría de la Plaza	M. Rduc. Fisica	
11 Clasificación Puestos Dir		
12 Fondo	Estatal	
13 Cifra Cuenta	98-111-081-01-001	
14 Fecha de Efectividad	10 de agosto de 19892	
15 Acción y Duración	Mombrantento wife Bento and	
16 Causa del Cese	B.	
17 Ultimo Día Trabajo		
18 Ultimo Día de Pago	The Part of the Pa	
19 Programa Escolar	Educación/Tísica	
20 Turno en Registro	0042 6 7 6 67	
21 Distrito Escolar	San Lovenzo	
22 Desde	LICENCIA FOR VACACIONE	S y/o ENFERMEDAD CONCEDIDA 23 Hasta
22 Desde 24 Observaciones (Antes del Car		
		23 Hasta
24 Observaciones (Antes del Car	mbio)	23 Hasta 25 Observaciones (Después del Cambio) 27 Deseo:
24 Observaciones (Antes del Car	cambio de contrato a pro-	25 Observaciones (Después del Cambio) 27 Deseo: Acogerme No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Emplea-
24 Observaciones (Antes del Car 26 — Firma Empleado en caso de	cambio de contrato a pro-	25 Observaciones (Después del Cambio) 27 Deseo: Acogerme No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de
24 Observaciones (Antes del Car 26 — Firma Empleado en caso de	cambio de contrato a pro- n permanente o descenso	27 Deseo: Acogerme No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente.
24 Observaciones (Antes del Car 26 Firma Empleado en caso de batorio, traslado, reasignació	cambio de contrato a pro- no permanente o descenso	27 Deseo: Acogerme No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente. Firma del Empleado Fecha
26 Firma Empleado en caso de batorio, traslado, reasignació 28 Recomendado Superintendente de Escue	cambio de contrato a pro- no permanente o descenso	25 Observaciones (Después del Cambio) 27 Deseo: Acogerme No acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de P.R. en caso de cambio de contrato de sustituto a probatorio o de sustituto a permanente. Firma del Empleado Fecha 29 Recomendado

^{*} Si el nombramiento es provisional el mismo constituye un CERTIFICADO PROVISIONAL por su duración

Case:17-03283-LTS Doc#;13968-1 Filed:08/04/20 Entered:08/05/20 12:29:18 Desc: Exhibit Page 3 of 11

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Departamento de Agricultura SAN JUAN, PUERTO RICO 00908

18 de octubre de 1990

Sr. William Vega Martínez Calle 33 R6-17 - Turabo Gardens Caguas, Puerto Rico 00625

Recibimos su comunicación del 10 de octubre de 1990, en la que presenta su renuncia al puesto de Mensajero II, adscrito al Programa Servicios Especiales para el Desarrollo Agropecuario, del Departamento de Agricultura.

Conforme a sus deseos aceptamos la misma para ser efectiva el 13 de agosto de 1990.

Le agradecemos los servicios prestados al Departamento y le deseamos mucho éxito en sus futuras actividades.

Angeles Lara de la Torre

Secretaria Auxiliar de Administración, Interina

Case 17-03283-275 455 455 455 4368-1 Filed: 08/04/20 Entered: 08/05/20 12:29:18 Exhibit

4-12-01131-4 WILLIAM VEGA MARTINEZ tatage " obliga al patrono a randir esta militare dentro da los

04 CAGUAS

21 AGO 91 30 DEC 5 general de managrante de



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO **FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO**

GPO BOX 5028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936

oc obepsi	731	or time	mod		un provide	19CS	10011	IFOR	ME	PAT	ROI	VAL	100	
a futorme	189 7	e oda	10-6	amehi	วยนายอย่น เ	meg r	abarrac	ia na n	d town	9, 61, 500	190190	, and con	- Marie	

NO FEODIBA EN ESTE ESPA	ICIO – USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA
NUMERO DE CASO - FSE 9 BATCH FECHA RA	ADICACION ENV CLAVE DE COMPENSACION REG Y DISP P FECHA ALTA TRABAJAR
ANO DISP NUMERO C 1 ANO M	MES DIA CHO COMP DISP PAT TRAT E ANO MES DIA
FECHA ALTA DEFINITIVA P COMPENSACION REGION	NAT NUMERO DE POLIZA RIESGO GRUPO PARTIZA
FECHA ALTA DEFINITIVA ANO MES DIA S JORNAL DIARIO COMPENSACION REGION. SEMANAL ANATOMICA	LESION AND T R O
PARTE A - INFO	DRMACION DEL PATRONO
1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA) Departamento de Educación (CAAARUM 318 FOLOMA)	2 TIENE POLIZA ANO T R. O NUMERO 3 SEGURO SOCIAL PATRONAL NO INDIQUE
4 DIRECCION POSTAL	5 CLASE DE PATRONO IND SOC CORP COOP CLASE DE NEGOCIO
Вох 1281	□ ASOC □ SINDICO □ SUCESION □ ALBACEA □ OTROS Educación
6 PUEBLO ZIP CODE San Lorenzo, Puerto Rico manale 00754 del 6 observ	7 NOMBRÉ Y SITIO DE NEGOCIO (CALLE, NUMERO, BARRIO, PUEBLO) 8 TELEFONO 7 10 2361
	Depto, Educación - San Lorenzo, P. R. 736-2361 ACION SOBRE EL LESIONADO
9 NOMBRE DEL LESIONADO - INICIAL - APELLIDO PATERNO - APELLIDO MATERNO	10. NUMERO SEGURO SOCIAL 11 SEXO 12 TELEFONO 13 ESTADO CIVIL
2 William Vega Martinez	4,7,7,1 2x 744-2512 GASADO
14 DIRECCION Calle 33 - R6-17 Turabo Gardens	15 NUMERO DE DEPENDIENTES 16. TRABAJA EL CONYUGE UNIDO DIVORCIADO
17 URBANIZACION PUEBLO ZIP CODE	18 NOWSEES DE BADRE Y MADRE LUGAR Y FECHA NACIMIENTO 19 EDA
3 Caguas, Puerto Rico 00725	William y Gloria New York 1 2 3 0 5 9 33
20. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INTERESARIA RECIBIR LOS CHEQUES DE COMPENSACION (SI	
3 Calle 33 - 86-17 - Turabo Gardens - Cagu 21 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDE CON EL LESIONADO 22. TELEFONO	23 DIRECCION Truille Alto, P. R.
Helen Vega Martinez 748-5315	Haciendas Carrafzo- Calle 5 Casa H-8
24. DEPARTAMENTO O UNIDAD UNID	26 TIEMPO OUE LLEVA REALIZANDO SU OCUPACION 27 FECHA DE POSIBLE MES DIA ANI.
Depto, de Educación Maestro Educ. Física	AÑOS MESES DIAS
28. CANTIDAD Y FORMA DE PAGO POR HORA OUINCENAL 29. INDIQUE E DIAS Y DE DIAS Y DUE TRAS Y DUE TRAS Y DIE TRAS	EL NUMERO Y/O HORAS BAJJABA EN S DIAS APARCERIA SI NO.
31. INDIQUE LA LABOR QUE REALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIO EL ACCIDENTE	ESTABA EN GESTIONES OFICIALES 32 OCCURRIO EL ACCIDENTE
Dar clase de Educación Fisica	PREDIOS DEL PATROND IN NO
33. FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCUPACIONAL: 34. HORA QUE CON MES DIA ANO LORA 2 100 AM FM A TRABAJAR EL	ELDIA SUSPENDIO SU MES I DIA I AND
36. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) – EN CASO CONSTRUCCION SENALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO.	TE HORA 8 100 MM A LABOR 10 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
SEÑALE ADEMAS, NOMBRE DEL PROYECTO. ESC. S.U. Quebrada Honda	SI NUM MURIERON SI NUM
San Lorenzo, Puerto Rico	□ st □ NO □ NO □ NO
39. DESCRIBA DETALLADAMENTE Alega el profesor Vega que: d	desde el comienzo del curso escolar 1991 - 92 ha
COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL Venido confrontando problemas	s con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor
The second secon	do el día de clases. Siente que durante la mañana
O EL NOMBRE Y DIRECCION	
DE ESA PERSONA	ara y cuando llega la tarde está conco. estas parecas
CON EL PATRONO) OLDER GALLES DESTRUCTOR SE DIVERSI DE LA CALLES CONTROLLES C	State J. H. OR STATE STA
40. OBSERVACIONES QUE ESTIME N. SECONDA DE CONTRA DE CO	The state of the s
PERTINENTE HACER	9.5, or small conservable #40. doi:10.40.00 odi:20.40.10
41. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN DI NO SI (INCLUYA EL NOMBRE DE LA EMP	PRESA) ☐ TIEMPO SALARIO ☐ SEMANAL ☐ NOS ☐ SEMANAL ☐ MESES ☐ MENSUAL
42. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SEGUN INVESTIGACION DEL PATRONO	The state of the s
NOMBRE Rosa Borges - Secretaria	DIRECCION 50. Quebrada Ronda - Dan Lorenzo, F. R.
NOMBRE Antonia Díaz - Directora	AUSTRAL CO. Tanana Co. Duning Plan
43 /HA BADICADO RECLAMACION EN OTRAS AGENCIAS? NUMERO RECLAMACION	FECHA DE LA RECLAMACION 44. SI HA RADIC ADO EL LESIONADO UN CASO ANTERIOR EN FSE INDIQUE
SI SINOT TACAA SEGURO BEN POR	MES DIA AÑO FECHA RADICACIÓN NUMERO DEL CASO

	•	Cas DECISIO	N DEL ADI	ERTO RICO MINISTRADOR E ABOGADOS)		
NOMBRE Y DIRECCION		Construction 111				
William Vega 1					CASO NUMERO	IPP
Calle 33 R-6	8	OCAM		ORIENTAGEOR	Año Fiscal Disp. Númer 92- 13-01137-	4
CASO NUMERO Calle 33 R-6 -17 Turabo Gardens Caguas, PR 00725 NOMBRE Y DIRECCION Partamento de Educación Box 1281 San Lorenzo, PR 00754 Fecha del Accidente 21/AGOSTO/91 GIO 47.73 Descripción del Accidente Alega el lesionado que esta confrontando problemas con la garganta, sintiendo mucho ardor y dolor a medida que va transcurriendo del fia de trabajo. CASO NUMERO Año Fiscal Disp. Número 29 13-01137- Disp. Número 29 13-01137- SUBROGACION Disp. Número 29 13-01137- SUBROGACION Número de Seguro Social 47.73 5 80 65.00 San Lorenzo Lesión Sufrida OG GOU 018 Lesión Sufrida OG GOU 018 CASO NUMERO Año Fiscal Disp. Número 29 13-01137- Año Fiscal Disp. Número 29 13-01137- Año Fiscal Disp. Número 29 13-01137- SUBROGACION Número de Seguro Social Año Fiscal Disp. Número 29 13-01137- SUBROGACION Número de Seguro Social Año Fiscal Disp. Número 29 13-01137- MENOR* Año Fiscal Disp. Número 29 13-01137- MEN						
Fecha del Accidente		Alexandra and an analysis of the second analysis of the second analysis of the second and an ana	-			Clave Segi
	47.73	15 13/13/1	65.00	San Lorenzo	-4771	0029
ardor y dolor a me Lesión Sufrida 00 000	dida que v	va transcurr	tendo del	dia de trabajo.	63	er Geen Stanton er Ogosp
	10				DR. RAFAEL TORO VE	LEZ COL
]	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				anner Mark Control (Special Special Sp
Estudiado el expediente del	caso, el Adminis	strador del Fondo de	∋i Seguro del Est	that all a politication as at charte felt or application ado resuelve que el accider	and modes and characters and control of the control	r la Ley de l
	caso, el Admini abajo, Ley Núm manente antes e	strador del Fondo de , 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin	el Seguro del Esi de abril de 1935 istrador resuelvi	ado resuelve que el accider , según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la fórma que d	r la Ley de (reconocido etermina la
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Tra nado la incapacidad parcial per compensación adicional equival	caso, el Adminisabajo, Ley Númimanente antes e	strador del Fondo de . 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/3 % a base del	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la forma que d te.	r la Ley de (reconocido letermina la
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Tra nado la incapacidad parcial per compensación adicional equival	caso, el Adminicabajo, Ley Núm. remanente antes de este caso	strador del Fondo de , 45 aprobada el 18 c axpresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele un	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la fórma que d	r la Ley de (reconocido letermina la
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Tranado la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien	caso, el Adminisabajo, Ley Númrmanente antes el ente al 66 nte de este caso sciende a la sum	strador del Fondo de . 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele una a de	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que a compensación	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la forma que d te.	r la Ley de l reconocido latermina la raste un pe
Estudiado el expediente del Tranado la incapacidad parcial per compensación adicional equival De acuerdo con el expedien semanas la que a: De esta cantidad se le desc	caso, el Adminis abajo, Ley Núm. manente antes e ente al 66 nte de este caso sciende a la sum contarà por concreso	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele una a de	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resualvi jornal diario que a compensación	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme o que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la forma que d te.	r la Ley de (reconocido letermina la la grante ún pe
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Tranado la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien semanas la que a: De esta cantidad se le desc A- Dietas Pagadas en Ex-	caso, el Adminis abajo, Ley Núm: manente antes el ente al ente de este caso sciende a la sum: contarà por concesso.	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele una a de epto de	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario qui a compensación	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor	nte es uno de los protegidos poente enmendada. Habiendoselecho a recibir en la forma que de. nai semanal arriba indicado du	r la Ley de la reconocido letermina la
Estudiado el expediente del Tranado la incapacidad parcial per compensación adicional equival De acuerdo con el expedien semanas la que a: De esta cantidad se le desc	caso, el Adminis abajo, Ley Núm manente antes e ente al 66 nte de este caso sciende a la sum contarà por concesso ada y/o Pagada y te	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele una a de	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario qui a compensación	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la forma que d te.	r la Ley de (reconocido letermina la la grante ún pe
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Tranado la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien semanas la que a: De esta cantidad se le desc. Ar Dietas Pagadas en Exc. Br. Compensación Otorg. 1-en este Accidente an	caso, el Adminiabajo, Ley Núm. manente antese ente al 66 nte de este caso sciende a la sum contarà por conc. ceso ada y/o Pagada y te iterior	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele una a de epto de	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que a compensación	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme o que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la forma que d re. nal semanal arriba indicado du	r la Ley de (. reconocido letermina la rante un pe
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Trinado la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien semanas la que a: De esta cantidad se le desc. A- Oletas Pagadas en Exi. B- Compensación Otorgi. 1-en este Accidente an	caso, el Adminiabajo, Ley Númrianente antes elente al 66 nte de este caso sciende a la sumontarà por concionarà por concionarà por concionara	strador del Fondo de , 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/2 % a base del deberá pagársole una a de epto de	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuello jornal dizrio que a compensación	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la forma que d te. mal semanal arriba indicado du	r la Ley de (reconocido ètermina la rante un pe
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Trinado la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien semanas la que a: De esta cantidad se le desc. A- Oletas Pagadas en Exi. B- Compensación Otorgi. 1-en este Accidente an	caso, el Adminiabajo, Ley Númimanente antes elente al 66 nte de este caso sciende a la sumicontará por concioso ada y/o Pagada o te interior	strador del Fondo de , 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 212 % a base del deberá pagársele una a de epto de	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que a compensación	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la forma que d re. enal semanal arriba indicado du	r la Ley de (reconocido ètermina la rante un pe
Estudiado el expediente del Tranado la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien semanas la que as personas en Exc. Ar Dietas Pagadas en Exc. Br. Compensación Otorg. 1-en este Accidente an Cr. Otros Descuentos Una vez realizados los descu	caso, el Adminiabajo, Ley Númimanente antese ente al 66 nte de este caso sciende a la sumicontarà por concideso ada y/o Pagada y te interior	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 ce expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele uma de epto de por incapacidad TOTAL A Discionados, si los hubiesis estados de la comunicación de el comuni	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que a compensación ESCONTARSE	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme o que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor s \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ \$ recibirá la cantidad de	nte es uno de los protegidos po ente enmendada. Habiendoselecho a recibir en la forma que dete. nal semanal arriba indicado di secondos estados estad	r la Ley de 0 reconocido letermina la la compensa de 10.00
Estudiado el expediente del Tranado la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien semanas la que as personas en Exc. Ar Dietas Pagadas en Exc. Br. Compensación Otorg. 1-en este Accidente an Cr. Otros Descuentos Una vez realizados los descu	caso, el Administradajo, Ley Númirmanente antes el 66 ente al 66 e	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 ce expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele uma a de espto	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resualvi jornal diario qui a compensación ESCONTARSE ere, el lesionado 0.00 ó menos, se erá pagado en pl	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derec e ganaba el día del accident computada a base del jor \$ \$ \$ \$ recibirá la cantidad de le pagará en total y de una azos de \$	nte es uno de los protegidos poente enmendada. Habiendosele cho a recibir en la forma que dete. nal semanal arriba indicado du s	r la Ley de 6 reconocido etermina la rante un per 10.00 mayor de \$ nensuales co
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Trando la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien semanas la que a: De esta cantidad se le desc. A- Oletas Pagadas en Ex. B- Compensación Otorgia 1-en este Accidente an C-en Accid	caso, el Administrado, Ley Númistrado, Ley Núm	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 ce expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársole una a de epto de por incapacidad TOTAL A Discionados, si los hubiciantidad es de \$1,000 cigo y el balance le se E CLAUSULA A 3 A TOS ESTAN CORRE	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que a compensación a compensación ESCONTARSE ere, el lesionado 0.00 ó menos, se erá pagado en pl (L DORSO).	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derece e ganaba el día del accident computada a base del jor según ha sido posteriorme el que el mismo tiene derece el ganaba el día del accident computada a base del jor según de la computada a	s a sola yez, Si dicha cantidad es	r la Ley de 0. reconocido le termina la
Estudiado el expediente del franciones por Accidentes del Tranciones por Accidentes del Tranciones por Accidentes del Tranciones por Accidentes del Tranciones por Accidente an accidente accidente an accidente accidente an accidente acc	caso, el Adminis abajo, Ley Númmanente antes e ente al 66 nte de este caso sciende a la sum contarà por conceso ada y/o Pagada ste enterior antes antes men i inicial, si esta ci 10.00 como anticifinitiva. (VEASI	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársole una a de epto de por Incapacidad TOTAL A Di cionados, si los hubic cantidad es de \$1,000 cipo y el balance le se E CLAUSULA A-3 A TOS ESTAN CORRE	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que a compensación ESCONTARSE ere, el lesionado 0.00 ó menos, se erá pagado en pl LDORSO).	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derece e ganaba el día del accident computada a base del jor según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derece el ganaba el día del accident computada a base del jor según de s	s a sola vez, Si dicha cantidad es	r la Ley de 0. reconocido le termina la
Estudiado el expediente del saciones por Accidentes del Tranado la incapacidad parcial per compensación adicional equival. De acuerdo con el expedien semanas la que a: De esta cantidad se le desc. A- Oletas Pagadas en Ex. B- Compensación Otorgia l-en este Accidenta an C-en Accidente an C-en Accidente an C-en Accidente an C-en los casos de incapacidad se hará un pago inicial de \$1,00 retroactivo a la fecha de alta de CERTIFICO: QUE TENTA CASO DE MENOF	caso, el Adminis abajo, Ley Núm manente antes e ente al 66 nte de este caso sciende a la sum contarà por concioso ada y/o Pagada e te interior inte	strador del Fondo de 45 aprobada el 18 c expresada, el Admin 2/3 % a base del deberá pagársele una a de epto de por Incapacidad TOTAL A Di cionados, si los hubic cantidad es de \$1,000 cipo y el balance le se ECLAUSULA A-3 A TOS ESTAN CORRE	el Seguro del Est de abril de 1935 istrador resuelvi jornal diario que a compensación a compensación ESCONTARSE ere, el lesionado 0.00 ó menos, se erá pagado en pl LL DORSO). ECTOS Y QUE I	ado resuelve que el accider según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derece e ganaba el día del accident computada a base del jor según ha sido posteriorme e que el mismo tiene derece el ganaba el día del accident computada a base del jor según de s	s a sola vez. Si dicha cantidad es	r la Ley de 0. reconocido le termina la

		C	Case:17-03283-LTS Doc#:13968-1 F Exhibi	t Pag	04/20bre Antered:08/ e Puerta Rico e 60000 DEL GURO DEL ESTADO	05/20 12:29:18 codificado (fir	Desc: DIA MES ANO
M)	LL	MAİ	92-13-01137-4 VEGA MARTINEZ 04 CAGUAS	ADMI	ISION DEL NISTRADOR SOBRE TAMIENTO MEDICO II 3	SO DE LOS OFICIALE CASO NUMERO AÑO DISP. NUMI	C/D CLAVE TARJ. NUM.
2	1 A	G 0	91 30 DIC 59 11		DE COMP. ALTA TRABA.	DIA	ALTA DEFINITIVA
3		-	4771	17	22 27	32 NSA BIO O CLINICA	39 44
1000	L	dia la	PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL	MEDICO	CLAVE FECHA DE ACC.	A TEONDODE T.	SUBROGACION OBRERO MIGRANTE
	E 5		LLIAM VEGA MARTINEZ LLE 33 R-6-17 TURABO GARDENS	1		ANTICIPO	
	ONA		iguas. PR 00725		REGION ANATOMICA AFECTAD	ORSO)	CODIGO DE DIAGNOSTICO
(0				ina. Laringitis		
	P A T		PTO. DE EDUCACION PARTADO 1281		2DA.		
0	RON		IA LORENZO PR 90754		2DA.		
	-		SENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONE	S POR ACC	IDENTES DEL TRABAJO (LEY	NUM. 45 DEL 18 DE ABI	RIL DE 1935) SEGUN HA SIDO
0	PORL	A PRE	SENTE, Y DE ACUERDO CON LA LEY DE COMPENSACIONE VIEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA SOBRE EL ASPI	ECTO MED	ICO DE ESTE CASO LA SIGL	JIENTE DECISION:	
	П		EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:		DE		DE 19
0		٠,	☐ a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO ME	DICO EN	☐ DESCANSO ☐	C.T. (MIENTRAS TRAE	
			☐ b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA E	FECTIVA E	L DE		DE 19
0	(man)	Ar W	C. VEASE ALTERNATIVA NUMEROHABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BEN	FEICIO DE	TRATAMIENTO, SE DETERM	MINA DARLO DE ALTA I	DEFINITIVA EL DIA
C	(A)S	X.W.	DE Abril DE 19 32 CURA	DO [SIN INCAPACIDAD	LFOON INCAPACIDAD	
-			(La Decisión del Administrador con el grado de Incapac	idad para	este caso le será notificado	oportunamente).	E 19 SE
(1		3.	EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRA	PARTIR DE	DE DE DESCANS	7707	_ 10
			AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRA	TAMIENTO	INLEDIOG ZIV E GEGGG		
(4.	LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO	DE ALTA	DE TRATAMIENTO MEDICO	EFECTIVO EN	ACION LE SERA NOTIFICADA
			DE DE 19 OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR	LA DECIS	SION FINAL DEL ADMINISTR ENTO MEDICO EN FACILIDAL	DES FUERA DEL FONDO	ACION LE SERA NOTIFICADA DEL SEGURO DEL ESTADO.
		5.	EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DE ALTA EL	DE	Elifo medioo Elifo	DE 19	LUEGO DE LA
		5.	REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERM	INA:			FlooringADAGIDAD
			a. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA	DE	DE 19	á natificado oportunar	CON INCAPACIDAD
			(La Decisión del Administrador con el grado b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL	DE		DE 19	
		6.	EL CASO FUE DEVUELTO POR LA HON. COMISION	INDUSTE	RIAL A LA JURISDICCION I	DEL FONDO DEL SEG	URO DEL ESTADO, LUEGO
			DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIG	UIENTE ST	ATUS:		DE 19
			☐ a. ☐ DESCANSO☐ EN TRATAM☐		MIENTRAS TRABAJA) A PA ☐ MIENTRAS SE EFECT		☐ EN TRATAMIENTO
			D b. DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA	DE	DE 19	☐ SIN INCAPACID	AD CON INCAPACIDAD
1			(La Decisión del Administrador con el grado de Incap			do oportunamente)	
1			□ c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL LUEGO DE LA EVALUACION MEDICA PRACTICADA	DE CE DETER	MINIA OLIE NO HAY EVIDE	DE 19 NCIA DE LESION O EN	FERMEDAD OCUPACIONAL.
Ì		7.	POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL	SE DETEN	DE I	DE 19	LA DECISION FINAL DEL
			ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD	LE SERA	NOTIFICADA OPORTUNAM	ENTE.	A OUD A D. A
1] 8	DF.	BENEFICIO	DE TRATAMIENTO SE DA	A DE ALTA SIN INCAPA	LA DECISION FINAL DEL
1			PARTIR DEL DE ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD	LE SERA	NOTIFICADA OPORTUNAM	IENTE.	
-] 9	ES UN ORRERO MIGRANTE RA IO CONTRATO DE E	MPLEO A	PROBADO POR EL SECRET	TARIO DEL TRABAJO	DE PUERTO RICO, ACOGIDO
-			A LOS BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23		DE 1958 Y DEL ARTICU	LO 1 DE LA LEY 54 DE 19	. (NOTIFIQUESE CON COPIA
1			HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MED DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRA	BAJO Y RE			e Maria dispersibilitati o T
1			OBSERVACIONES:				
1			SB.ALBERTO O. BACO		DPA.IPHA	C. SANTOS	Autorizado
į		OFPIE	Administrador	esta Decisió	in al Lesionado, en	iang de Madico o Funcionario	, Puerto Rico.

Case:17-03283-LTS Doc#:13968-1 Filed:08/04/20 Entered:08/05/20 12:29:18 Desc: TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA Tribunal DISTRITO Sala S.L. 🗌 sin hoja de continuación Ouerella de la Policía Núm. Oficina de Juez Municipal o de Paz DENUNCIA 0 incluye hoja de continuación Con Fecha 23-6-94 Denuncia Núm. 94-1214 FORMULADA POR EL PUEBLO DE PUERTO RICO CONTRA: Fecha nac. 15-9-57 Lugar S.I. Sexo H Nombre MILAGROS MOYET ROSARIO Alias Dirección CARR. 181 Km9 RES. BO ODA HONDA Lic. Cond. # Fecha nac. Nombre Alias Lugar Dirección Lic. Cond. # Señas Por el Delito de ARTICULO 260 C.P. ALTERACION A LA PAZ Grave Menos Grave Cometido en BO. ODA. HONDA S.I. ____el 9 de iunio de o4 a las R 45 am de la siguiente manera: El referido acusado, MILAGEOS MOYET ROSARIO, allí y entonces, ilegal, voluntario, malicioso y a sabiendas, violó lo dispuesto en el artículo 260 C.P., consistente que en fecha, hora y sitio antes indicados y en ocasión en que le alteró la paz y la tranquilidad a la ó el William Vega Martínez usando un lenguaje grosero, profano e indecoroso con palabras obscena tales como: estupido que te pasa con mi hijo, maesttro sangano, estupido, yo me pongos unos pantalones y me atrevo darte una galleta y si no mi marido te la da. HECHOS CONTRARIOS A LA LEY Presentada por: Propio Conocimiento x Información y Creencia GDTA ETANISLAO VAZOUEZ 9629 GDIA CTEL. POL S.L Cargo - Ocupación Jurada y Suscrita ante mir, en ____, P.R. , hoy ____ de ___ _ de 📝 a las 🧳 Vista señalada para el de ____ de 19____ ☐ Vista Preliminar Lectura de Acusación Juicio en su fondo en la Sala de ____ Superior 7 Distrito a las Examen de los Testigos NOMBRE DE TESTIGOS **EDAD** Conocimiento Propio Información o Croencia DIRECCION Dodaració Declaración

WILLIAM VEGA MARTINEZ CALLE 33 R 6 17 URB. TURABO CARDEN CAGUAS

INFORMACION SOBRE EL IMPUTADO:

☐ No estuvo presente

S.S. #___

- ☐ Traído sin Orden de Arresto
- Compareció por Citación

- Le fueron hechas las advertencias legales
- ☐ Estuvo acompañado por _

Abosedo

Camilia.

L ~:

Case:17-03283-LTS Doc#:13968-1 Filed:08/04/20 Entered:08/05/20 12:29:18 Desc: Exhibit Page 8 of 11



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO CORPORACION FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO

PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028

INFORME PATRONAL VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

NO ESCRIBA EN ESTE ES	BACIO USO EXCIL	JSIVO DE LA CORPORACIO	
NUMERO DE CASO - CESE	FECHA RADICACION	PARTITION OF THE PARTIES AND THE PROPERTY OF	NEW PROPERTY OF THE PROPERTY O
ARO DISP NUMERO D/C Batch A	NO MES DIA	CLAVE DE COMPENSABILIDAD	REG. Y DISP. FECHA ALTA (CT) TRAT. ARO MES DIA
FECHA ALTA DEFINITIVA JORNAL COMPENSACION AND MES DIA DIAS DIARIO SEMANAL AND	NUMERO DE	CIA	AVE GRUPO Stat Pro
AND MES DIA DIAS DIARIO SEMANAI AND	D T R O	Año Fact. AMP.	GROPO Pat Po
PARTEA	INFORMACION DE	1 PATRONO	
1 NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)	2 NUMERO AÑO T R C		SEGURO SOCIAL PATRONAL
Departamento de Educación	DE POLIZA		90660001
DIRECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, CARR. KM, HM.	4. CLASE DE PATRONO:	Industria Sociedad Corporación	Cooperativa 5 CLASE DE NEGOCIO
P. O. Box 1281 NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO POSTAL + 4)	Asociación Síndic	o Sucesión Albaces Urb., Calle, Num., Barrio, Carr., Km., Hm., Pueblo	Dotros Educación
San Lorenzo, Puerto Rico 00754		brada Honda – San Lor	
PARTE B INI 8 NUMERO SEGURO SOCIAL 9. APELLIDO PATERNO	FORMACION SOBRE		
	APELLIDO MATERNO	NOMBRE 1	NOMBRE 2
10. DIRECCION RESIDENCIAL	Martinez	William	CODIGO POSTAL
0.11 00 0 0 10 0 10 0 1			CODIGO FOSTAL
Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens 11. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CHEQUES DE DIETAS O COMPENSACIO	- Caguas, Puerto	o Rico	00725
Calle 33 R-6-17 - Urb. Turabo Gardens	- Camian Puent	Rico 00725	
12 13 TELEFONO 14 ESTADO CIVIL 15 NUM. DEPENDIENT		17. NOMBRES DE PADRE Y MADRE	
□F TYSOLTERO □VIUDO HIJOSNO TYSOLTERO □ DIVORCIADO HIJOSNO	1 17/4	(Q.D.E.P.) William y Gloria	7
		DCUPACION HABITUAL	23 MANO HABIL
5 9 1 2 3 0 35 New York	34	Maestro de Educ Fici	CO DER Y DIZO.
4 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LESIONADO 25. TELEFONO	26 DIRECCION	Maestro de Educ. Físi arraízo - Calle 5 - Co	27. FECHA ACCIDENTE ANO MES DIA
Helen Vega Martinez	- Trusillo Ali	[20] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1] [1	PUEBLO DE ACCIDENTE
29 HORA DEL ACCIDENTE 29 HORA COMENZO TRABAJAN EL DIA DEL ACCIDE XXXA M	SUSPENDIO SU LABOR	O MES DIA 31	PUEBLO DE ACCIDENTE
8:00 □P.M	SULABOR		San Lorenzo
DIA MES AND MIDIO	LESIONADO ES MENDR DE EDAD. DUE SI TIÉNE PERMISO	36 SUELDO 36 FRECUENCIA	
	N/A DSI DNO	\$1,375.00 DIARIO	
TRAB	icación	HABITUAL CON PATHONO ACTUAL	PACION 40 FECHA DE POSIBLE JUBILACION AÑO MES DIA
11 OCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS 42 TIENE USTED CONTRATO DE APARCEI PREDIOS DEL PATRONO		6 años EALIZABA EL LESIONADO CUANDO OCURRIO E	ACCIDENTE 44 ESTABA EN GESTIONES OFICIALES
	Dar la clase	de Educ. Física	ES COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE
15 LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, PUEBLO) - EN CASO CONSTRUCCIÓN DEL PROYECTO		SI NUM.	MURIERON DSI NUM
Esc. S.U. Quebrada Honda - San Lorenzo,	P. R.	Z)(NO	Q NO
47 DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA <u>Alega el profesor Vega q</u> THEFRMEDAD OCUPACIONAL	nue: desde el me	es de enero de 1995 vi	iene padeciendo de
ENFERMEDAD OCUPACIONAL INDIGUE EL VEHICULO HERRAMIENTA, SUSTANCIA fuertes dolores de cabez O EL NOMBRE Y DIRECCION			
DE LA DEDECAMA OUE			
DE ESA PERSONA			
de la escuela hay un pol 48. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTINENTE HACER cancha.	oorin continuo a	. consecuencia de la u	vicación de la
3 TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN		50). TIEMPO SALARIO
PARA OTRO PATRONO? NO SI (INCLUYA EL NOMBRE DE	LA EMPRESA)		AÑOS SEMANAL MESES MENSUAL
NOMBRE Rosa Borges - Secretaria		Comp. C. 1- 0 -	
nombre Hosa Dorges Becrevaria	DIRECCION BO	. Cerro Gordo - San I	orenzo, P. R.

***************************************		Ca	Later Control of the	04/20 Entered:08/05/20 12:29:18 Desc:	
-	,	W	CORPORAG	€ Poofision DEL CODIFICADO (FIRMA OCS) DIA MESO DEL ESTADO	250
The same of			CALLE 33 P 6-17	OF LOS OFICIALES DE COMPENSACIONES	
-		TU	IRABO GARDENS CAGUAS PR ADMINISTR	ADOR CASO NUMERO CID CLAVE TRANS	TARJ NUM
			98 13 00719 5 TRATAMIE	INTO	
-			08	1 3 4 12 13 14 15	16
		19	AGS 97 30 DIC 59 M COMP DISP	MP. ALTA TRABAJAR PAT ANO MES DIA ANO MES	DIA
		-	4.7.7.4	22 27 32 39	- 4
100	COLUMN TO THE PARTY OF THE PART		PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MEDIC	O O ENCARGADO DE DISPENSARIO O CLINICA	
1	L L		1553	DISP AND MES DIA DENDEDO DE SURBOGACION DISP	(C)
	L E S I	. 1	urb Turabo Gardens R 6 17 Calle 33	REGION ANATOMICA AFECTADA O CONDICION TRATABA POR LA CUAL ES DADO DE A	NI TA
-	D Z Q D	(CAGUAS PR 00727	(VEASE INSTRUCCIONES ACTRIBUTE) CODIGO DE DIAGNOS	
	0		DEPARTAMENTO DE EDUCACION	Rediculopatia L5 86.080 OSR Radiculopatia L5 86.074 OSR	-
1	A T		PO BOX 759	Radiculopatia L5 86.074 OSR	
	0203	> [RATO REY PR G0919		
		Δ PR	RESENTE Y DE ACUERDO CON LA LEY DEL SISTEMA DE COMPENSA	CIONES POR ACCIDENTES DEL TRABAJO (LEY NUM. 45 DEL 18 DE ABRIL DE	1935
-	SEGU	NH	IA SIDO SUBSIGUIENTEMENTE ENMENDADA, SE DETERMINA	SOBRE EL ASPECTO MEDICO DE ESTE CASO LA SIGUIENTE DECIS	MON
-	П	1.	EL LESIONADO FUE EXAMINADO POR PRIMERA VEZ:	DE DE	
			a. CONTINUARA RECIBIENDO TRATAMIENTO MEDICO EN	DESCANSO (C.L. (MIENTRAS TRABAJA) DE	
-			b. SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EFECTIVA EL c. VEASE ALTERNATIVA NUMERO		
		2.	HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRA	TAMIENTO, SE DETERMINA DARLO DE ALTA DEFINITIVA EL DIA	
-			DE CURADO L	J SIN INCAPACIDAD	
	Γ	3.	(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para este e EL LESIONADO FUE EXAMINADO EN EL DIA DE HOY, A PARTIR DEL	DE	
-	L1	٥.	AUTORIZA CAMBIO PARA CONTINUAR RECIBIENDO TRATAMIENTO	MEDICO EN DESCANSO C.T (MIENTRAS TRABAJA).	
			LUEGO DE EVALUADO EL CASO SE DETERMINA DARLO DE ALTA DE	TRATAMIENTO MEDICO EFECTIVO EN	
	LJ	4.	5.	A DECISION FINAL DEL ADMINISTRADOR SOBRE NO RELACIONE	CAD/
			OPORTUNAMENTE. EL LESIONADO PODRA CONTINUAR TRATAMI	IENTO MEDICO EN FACILIDADES FUERA DEL FONDO DEL SEGURO DEL EST	E 1.7
		5.	EL LESIONADO HABIA SIDO DADO DEL ALTA EL REEVALUACION MEDICA PRACTICADA SE DETERMINA:	OE.	
and the second			DARLO DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA	DE	
			(La Decisión del Administrador con el grado de Incapa	cidad para este caso le será notificado oportunamente) DE	
	SETER	-	b. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE	A LA JURISDICCION DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO. LUEGO	
	其語	6.	DE EXAMINADO EL MISMO SE DETERMINA EL SIGUIENTE ST.	ATUS:	
			a. Descanso	(MIENTRAS TRABAJA) A PARTIR DEL DE DE DE MIENTRAS SE EFECTUA EVALUACION EN TRATAMIENTO	
			DARI O DE ALTA DEFINITIVA: EL DIA	DE SIN INCAPACIDAD LI CON INCAPACIDA	D
			(La Decisión del Administrador con el grado de Incapacidad para	a este caso le será notificado oportunamente)	
	r		c. CONFIRMAR LA DECISION DADA: EL DE	MINA QUE NO HAY EVIDENCIA DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIÓ	W.
i		7.	POR LO CUAL SE DA DE ALTA A PARTIR DEL DE	DE LA DECISION FINA	J. DE
1			ADMINISTRADOR SORRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICA	ADA OPORTUNAMENTE.	
		8.	HABIENDO EL LESIONADO RECIBIDO EL MAXIMO BENEFICIO DE TRA	DE LA DECISION FINA	L DE
			PARTIR DEL DE ADMINISTRADOR SOBRE NO COMPENSABILIDAD LE SERA NOTIFICA	ADA OPORTUNAMENTE.	N 2 2
		9.	THE SOLITOR OF TARLED APR	ORADO POR EL SECRETARIO DEL TRABAJO DE OCETA	9.7
			BENEFICIOS DE LA LEY NUM. 77 DEL 23 DE JUNIO DE HA SIDO DADO DE ALTA DE TRATAMIENTO MEDICO EL	1958 Y DEL ARTICULO 1 DE LA LEY 54 DEL 13 DE JULIO DE DE ENOTIFIQUESE CON	COP
			DE ESTA DECISION AL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECU	RSOS HUMANOS).	
			OBSERVACIONES:		
			LCDO NICOLAS LOPEZ PEÑA	DR VICTOR BERIOS Firma del Médico o Funcionario Autorizado Pue	rto Fi
			Administrador	nado, en	

Case:17-03283-LTS Doc 18968-1 Filed:08/04/20 Entered:08/04/20 Light Association Rico Exhibit Expense of 11 CORPORACION



FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO

PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028

INFORME PATRONAL **VEA INSTRUCCIONES AL DORSO**

NUMERO DE CASO - CESE	TO MORROW IN THE PARTY OF THE PARTY OF THE PARTY.						VO DE	NAME OF TAXABLE PARTY.			STATE OF THE PARTY NAMED IN						
ARO DISP I NU	The state of the s		1000 W.C. 1744	HA RADICA	CION	c	LAVE DE	COMPE	NSABII	JDAD		REG	Y DIS		ESTATION OF THE PARTY OF THE PA	A ALTA	(CT
ALCOHOLD COLUMN	MERO D/C	Batch	AÑD	MES	DIA				1				neu.	A	NO.	MES	1
				1 S.													
FECHA ALTA DEFINITIVA	JORNAL COM	MPENSACION _ SEMANAL				DE POL						CLAVE		GF	UPO	STA	AT.
AÑO MES DIA DIAS		SEMANAL -	AÑO	TRO	0	\vdash	AN	O FACT.	AM	P.	$\neg \tau$		-		ТТ		
			A. 1.														
NOMBRE DEL PATRONO (SEGUN POLIZA)		PAR	TE A -	INFOR	MACION AÑO T	DEL F	PATRO	months and	Año	AME	2 3		CECH	RO SOCI	AL DATE	ONAL	
Tomatic Deciritions (Secont Select)	re parties and		2.	NUMERO DE POLIZA	ANO	10	TIT	\neg	Año Fact.	Amir	1	TT	77	11		III	П
<u>Departamento de Edu</u>				POLIZA CLASE DE PA	1			\Box					$\perp \perp$	\perp			
RECCION POSTAL - URB. O COND. O BARRIO, O	SAHH, KM, H.		1	2223	ciación Sí	Indu	Suce:		dad []	Corporac Albacea	cion	XX OI				egocio ción	
P. O. Box 1281 JMERO CALLE, MUNICIPIO, O PAIS, (CODIGO PA	OSTAL + 4)		6.	NOMBRE Y SI	ITIO DE NEGOC	CIO (Urb., C	alle, Núm., E	Barrio, Ca	rr., Km., I	łm., Pue	blo)			1	. TELEF		
San Lorenzo, Puerto	Rico 00	754		Esc. A	naria T	. De	Loade) -	San	Lon	nen:	70			730	5-04	170
	mana in panyana dan anan'i ay	PARTE	B - INF	ORMAC	ION SOBI					er en	Sempor.		in use and	ar and order			el Fair
NUMERO SEGURO SOCIAL	9, APELLIDO PATERNO		APE	ELLIDO MATERN	VO.		NOMBRE						NOMBRE	2	8		
4771	Vega			Martir	nez .		W.	illi	am							rá.	
DIRECCION RESIDENCIAL	and Special States of		ME IN ST				(f) Sy			24.				COL	IGO POS	TAL	
alle 33 R-6 17 Unb. DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CI	Tuzabo G	andens -	- Cao	1101 P	Duento	Rica			(0072	25				0072	25	
DIRECCION EN LA QUE INTERESA RECIBIR LOS CI	HEQUES DE DIETAS O CO	MPENSACION, SI AL	GUNO			10 m			agar.			7,57	·	Q.4- 6.7	100	12 7.1	143
alla 33 0-6 17 Ilah	Tungho C	andanı	Can	uga 2	Quanta	Dico			,	0072	05						1
TUE 33 R-6 17 Urb. 13. TELEFONO 14. ESTADO CI	WIL STEEL	15, NUM. DEPENDIE	NTES .	ius, r	16. TRABAJA	NACCO	17. NOMBRI	S DE PAI									
F SOLTERO	□ viubo	HUOS O	NO HIJOS	1						<i>C</i> 1							
	DIVORCIADO 20, PUEBLO DE NACIMIE	ENTO .	21. GRADO E	SCOLARIDAD	L SI	22. OCUF	Wi.	UAL	ım y	91	ori	<u>a</u>		12	23. MANO	HABIL	-
AÑO MES DIA		-													_		1
9 7 2 3 0 39 FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO RESIDA CON LE	New York	25, TELEFONO	BA	126, DIRECC	HON	Mae	stro	de d	duc	• F.	isi	ca	7 FF	CHA ACC	DER.	X	IZO
		2 VX		Haci	endas	Carr	aizo	- C	alle	5	C	asa	-	ÑΟ	ME	s	
elen Vega Martinez HORA DEL ACCIDENTE 29. HOR	A COMENTO A TRABATAR	EL DIA DEL ACCIDE	MTC .	Truj	illo A	Ilto,	P. 9	2.				31, PUEB	9	9	0	3	0
TOTA DEL ACCIDENTE	COMERZO A TRABAJAN	XX.M.		SUSPEN	VD10	WO	MES	DI.				31. FOLD	CO DE AC	CIDENTE			
1:50 P.M.	8:00	P.M.											San	Lon	en.zc)	The same of
		34	SI EL LESIO	NADO ES MENO		ACCURATION AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO PERSON NAMED I	Charles and the same	CONTRACTOR AND	11,013	T-WANTED	CONTRACTOR OF					SEMA	
	TE MES AÑO	The state of	INDIQUE SI	TIENE PERMISC	OR DE EDAD	70 G	35, SUELDO			36. FRE			По	mare star			
ACCIDENTE AUTO 33, FECHA DE LA MUERT DIA SI (3)/b	Mes Año		N	14 E]sı □no				00	[⊒ ров	HORA	PROPERTY (\$10.00)	UINCENAL SEMANAL		MENS	SUAL
ACCIDENTE AUTO 33, FECHA DE LA MUERT DIA SI (2)(0)	Mes Año	38.	N	/A E]sı □no		9. TIEMPO OI HABITUAL	50 JELLEVA	OO HEALIZAI IONO ACT	IDO SU C	⊒ ров	HORA	PROPERTY (\$10.00)	SEMANAL 40. FE	CHA DE F	MENS	
SI XVO NUMERO DE DIASU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DIAS: 5 Horas G	MES AÑO A SEMANA	38.	DEPARTAMÉN TRABAJA EL	/A E NTO O UNIDAD EMPLEADO	SI NO	3	9. TIEMPO OI HABITUAL	50 JE LLEVA CON PATE	IONO ACT	IDO SU C	DI PORI DIARI DOUPACI	HORA O	PROPERTY (\$10.00)	SEMANAL 40. FE JUI AN	CHA DE P BILACION	OSIBLE MES	1
SI DIA NUMERO DE DIASU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DIAS 5 Horas 6 COCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO?	MES AÑO A SEMANA 42. ¿TIENE USTED CI	38. ONTRATO DE APARC	DEPARTAMÉN TRABAJA EL	NTO O UNIDAD EMPLEADO	SI NO QUE	3 REALIZABA	9. TIEMPÓ ÓI HABITUAL 9. AÑO EL LESIONAD	JE LLEVA CON PATE O CUANE	O OCURE	DO SU C	DI PORI	HORA O	PROPERTY (\$10.00)	40. FE JUI AÑ 44. ¿E OF	CHA DE P BILACION IO STABA EJ ICIALES?	MES GESTION	 NES
SI DANO NUMERO DE DIASIO HORAS QUE TRABAJA EN LA S DIAS: 5 Horas: 6 COCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? SI NO LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, P	MES AÑO A 42. ¿TIENE USTED CI USTED CI PUEBLO) - EN CASO CONS	ONTRATO DE APARC	DEPARTAMEI TRABAJA EL COLCECCIO ERIA?	NTO O UNIDAD EMPLEADO 1 67 143. INDIQUE I	SI DNO	3 REALIZABA	9. TIEMPÓ ÓI HABITUAL 9. AÑO EL LESIONAD	JE LLEVA CON PATE O CUAND	O OCURE	DO SU COUAL SIO EL AC	D POR I	HORA O- ON	□ BI	40. FE JUI AN 44. ¿E OF	CHA DE F BILACION IO STABA EJ ICIALES?	MENS MES MES MESTION	 NES
SI TO DIA SUPERIOR DE LA MUERT DIA SUPERIOR DE DIASIU HORAS QUE TRABAJA EN LA SUPERIOR DE LA COLDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? SI DIASI DIA SUPERIOR DE LA COLDENTE DENTRO DE LOS SUPERIOR DE LA COLDENTE (SITIO, BARRIO, P. D. CUELA Dra. Maria T	MES AÑO A SEMANA 42. ¿TIENE USTED CI SI PUEBLO) - EN CASO CONS Delgado	ONTRATO DE APARC	DEPARTAMEI TRABAJA EL COLCECCIO ERIA?	NTO O UNIDAD EMPLEADO 1 67 143. INDIQUE I	SI DNO	3 REALIZABA	9. TIEMPO OI HABITUAL 9 AÑO EL LESIONAD 46. ¿SUFRIE	JE LLEVA CON PATE O CUAND	O OCURE	DO SU CO	D POR I	HORA O ON E	□ BI	44. ¿E OF	CHA DE F BILACION IO STABA EJ ICIALES?	MENS MES MES MESTION) NO
SI (X) (O) SI (X	MES AÑO A SEMANA 42. ¿TIENE USTED CI SI PUEBLO) - EN CASO CONS Delgado	ONTRATO DE APARC	DEPARTAMEI TRABAJA EL COLCECCIO ERIA?	NTO O UNIDAD EMPLEADO 1 67 143. INDIQUE I	SI DNO	3 REALIZABA	9. TIEMPO OI HABITUAL 9 año EL LESIONAD 46. ¿SUFRIE	JE LLEVA CON PATE O CUANC J Ó J RON OTR	O OCURE	DO SU CO	D POR I	HORA O ON E	ONSECUE	40. FE JUI AN LA LE OF	CHA DE F BILACION IO STABA EJ ICIALES?	MES NESTION NTE?) NO
SI DIA SI DI SI DIA SI DI SI DIA	MES AÑO A SEMANA 42. ¿TIENE USTED CI SI PUEBLO) - EN CASO CONS Delgado	ONTRATO DE APARC JUNO STRUCCIÓN SENALE de Marc	DEPARTAMENT TRABAJA EL. COLLO COLLO CERNA? ADEMAS, NO.	MITO O UNIDAD EMPLEADO SI ÓTI 43. INDIQUE I DOLL MBRE DEL PRO	SI E NO QUE F	anealizaba	9 TEMPO OI HABITUAL 9 AÑO EL LESIONAD 46. ¿SUFRIE SI NO	JE LLEVA CON PATH O CUANC J ÓN RON OTR	OS EMPLI	I CALLADOS LE	D POR DIARIO COUPACI	HORA O ON E	ONSECUE	40. FE AN ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL ALL	CHA DE REBILACION STABA EI ICIALES? SI ACCIDE	MENS NESTION NTE?	NO NO
SI TONO SI TONO SI TONO NUMERO DE DIASU HORAS QUE TRABAJA EN LA S COCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? SI SI NO LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, P CULLA DRA. MARÍA T CIL LORENZO, PUENTO DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO COLIFIRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OLEPACIONAL BURDONIE EL VENICIO D MUCHA MUCHA COLORDO COLORDO COLORDO COMO COLOR	MES AÑO A SEMANA 42.LTIENE USTED CI SI PUEBLO) - EN CASO CONS Delgado Rico a el profe	ONTRATO DE APARCO DI NO STRUCCIÓN SENALE de Marco	DEPARTAMENT TRABAJA EL CAUCACO CERNA? ADEMAS, NO CANO	MOO UNIDAD EMPLEADO IÓN 43 INDIQUE DAN MBAE DEL PRO	SI DINO QUE LA LABOR QUE F CLase OYECTO alred	REALIZABA de E ledon	9 Año EL LESIONAD EL LESIONAD GL SUFFILE SI NO	FELLEVA CON PATE O CUANC J ÓN RON OTR NUM	O OCURPOS EMPLI	NDO SU CUIAL SI CALACA LA	J POR J DIARIO DOCUPACIONES	HORA O ON E E G COMO CO MUR	ONSECUE	44. JE OFF	CHA DE REBILACION STABA EI ICIALES? SI ACCIDE	MENS NESTION NTE?	NO
ACCIDENTE AUTO SI TONO NUMERO DE DIASAU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DÍA: 5 HORE 6 COCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? TO INO LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, F OCULLA DIA. Manúa T CIN LO	MES AÑO A SEMANA 42.¿TIENE USTED CO SI FUEBLO) - EN CASO CONS Delgado Rico a el profe a congesti	ONTRATO DE APARCO DI NO STRUCCIÓN SENALE de Marco esor Veg ión nasa	DEPARTAME THABAJA E. CHICATO ERIA? ADEMAS, NO CATO A QUE L, ph	MO O UNIDAD EMPLEADO O UNIDADO	ISI INO QUE LA LABOR QUE F CLASE OYECTO alred en lo	de E	9. TIEMPO OI :HABITUAL 9. Añ.C. EL LESIONAE du CAC 46. ¿SUFRIE SI NO de u	JELLEVA CON PATE JON OCUANO HON OTR NUM	O OCURE SO OCURE SO OCURE A Sema	INDO SU CIUAL RIO EL ACO LA CO	J POR J DIARIO CUPACIO	HORA O ON E E G COMO CO MUR	ONSECUE	44. JE OFF	CHA DE REBILACION STABA EI ICIALES? SI ACCIDE	MENS NESTION NTE?	NO NO
ACCIDENTE AUTO 33. FECHA DE LA MUERT DIA NUMERO DE DIASAU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DIAS. 5 Horas: 6 OCCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? SI NO LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, F OCCUPATO DEL ACCIDENTE	MES AÑO A SEMANA 42.¿TIENE USTED CO SI FUEBLO) - EN CASO CONS Delgado Rico a el profe a congesti	ONTRATO DE APARCO DI NO STRUCCIÓN SENALE de Marco	DEPARTAME THABAJA E. CALLCALC ERIA? ADEMAS, NO CALLO	MO O UNIDAD EMPLEADO O UNIDADO	ISI INO QUE LA LABOR QUE F CLASE OYECTO alred en lo	de E	9. TIEMPO OI :HABITUAL 9. Añ.C. EL LESIONAE du CAC 46. ¿SUFRIE SI NO de u	JELLEVA CON PATE JON OCUANO HON OTR NUM	O OCURE SO OCURE SO OCURE A Sema	INDO SU CIUAL RIO EL ACO LA CO	J POR J DIARIO CUPACIO	HORA O ON E E G COMO CO MUR	ONSECUE	44. JE OFF	CHA DE REBILACION STABA EI ICIALES? SI ACCIDE	MENS NESTION NTE?	NO NO
SI DIA SI DIA NUMERO DE DIASAU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DIAS: 5 Horas COCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITTO, BARRIO, P CULLA D.A. Manúa T CULLONENZO, PUENTO DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO COLURRO EL ACCIDENTE (SITTO, BARRIO, P CULLA D.A. Manúa T CULLONENZO, PUENTO DE SARRIBA DE TALLADAMENTE COMO COLURRO EL VENICULO DE LA PERSONA OLU CEN DOMBRE O DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIFIQUE LA RELACION DE LA PERSONA CON EL PATRONO)	MES AÑO A SEMANA 42.¿TIENE USTED CI SI PUEBLO) - EN CASO CONS Delgado Rico a el profe a congesti usa del po	ONTRATO DE APARCO DI NO STRUCCIÓN SENALE de Marco esor Veg ión nasa	DEPARTAME THABAJA E. CALLCALC ERIA? ADEMAS, NO CALLO	MO O UNIDAD EMPLEADO O UNIDADO	ISI INO QUE LA LABOR QUE F CLASE OYECTO alred en lo	de E	9. TIEMPO OI :HABITUAL 9. Añ.C. EL LESIONAE du CAC 46. ¿SUFRIE SI NO de u	JELLEVA CON PATE JON OCUANO HON OTR NUM	O OCURE SO OCURE SO OCURE A Sema	INDO SU CIUAL RIO EL ACO LA CO	J POR J DIARIO CUPACIO	HORA O ON E E G COMO CO MUR	ONSECUE	44. JE OFF	CHA DE REBILACION STABA EI ICIALES? SI ACCIDE	MENS NESTION NTE?	NO NO
ACCIDENTE AUTO SI TOMO NUMERO DE DIASAU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DIAS DIAS DIAS DIAS TOMO COURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITTO, BARRIO, P CULLA D.R.A. Maria T CULLOREZO, PUESTO DESCRIBA DETALLADAMENTE COMO OCUPRIO EL ACCIDENTE O LA AL EGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL INDIQUE EL VENICULO DE LA VENICULO DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIPIQUE LA RELACION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL COLIDENTE (ESPECIPIQUE LA RELACION DE LA PERSONA CON EL PATRONO)	MES AÑO A SEMANA 42.¿TIENE USTED CI SI PUEBLO) - EN CASO CONS Delgado Rico a el profe a congesti usa del po	ONTRATO DE APARCO DI NO STRUCCIÓN SENALE de Marco esor Veg ión nasa	DEPARTAME THABAJA E. CALLCALC ERIA? ADEMAS, NO CALLO	MO O UNIDAD EMPLEADO O UNIDAD	ISI INO QUE LA LABOR QUE F CLASE OYECTO alred en lo	de E	9. TIEMPO OI :HABITUAL 9. Añ.C. EL LESIONAE du CAC 46. ¿SUFRIE SI NO de u	JELLEVA CON PATE JON OCUANO HON OTR NUM	O OCURE SO OCURE SO OCURE A Sema	INDO SU CIUAL RIO EL ACO LA CO	J POR J DIARIO CUPACIO	HORA O ON E E G COMO CO MUR	ONSECUE	44. JE OFF	CHA DE REBILACION STABA EI ICIALES? SI ACCIDE	MENS NESTION NTE?	NO NO
ACCIDENTE AUTO SI TONO NUMERO DE DIASU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DÍAS: 5 Horas 6 COURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? LUGAR ERACTIO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, P OLUGAR ERACTIO DEL ACCIDENTE (COMO OCUPRIO EL COMO OCUPRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMENDA DO CUPACIONAL INDIQUE EL VEHICULO DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIPIQUE LA RELACION) DE LA PERSONA CON EL PATRONO) DESCRIPCIONES QUE ESTIME-PERTINENTE HACEI CURARA LA EL LESIONADO TAMBIEN: CURARA LA EL LESIONADO TAMBIEN:	MES AÑO A SEMANA 42.¿TIENE USTED CI SI PUEBLO)- EN CASO CONS Delgado Rico a el profe a congesti usa del po	ONTRATO DE APARCO DI NO STRUCCIÓN SENALE de Marco esor Veg ión nasa	DEPARTAME THABAJA E. CALLCALC ERIA? ADEMAS, NO CALLO	MO O UNIDAD EMPLEADO O UNIDAD	ISI INO QUE LA LABOR QUE F CLASE OYECTO alred en lo	de E	9. TIEMPO OI :HABITUAL 9. Añ.C. EL LESIONAE du CAC 46. ¿SUFRIE SI NO de u	JELLEVA CON PATE JON OCUANO HON OTR NUM	O OCURE SO OCURE SO OCURE A Sema	INDO SU CIUAL RIO EL ACO LA CO	PORT DIARREST	HORA OON E COMO CO MUR	ONSECUE	44. FE 40. FE 40	CHA DE E CHA DE LA CHA DE	MENS OSIBLE MES OSIBLE	NO NO
ACCIDENTE AUTO SI TONO NUMERO DE DIASAU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DÍAS. 5 HORAS COURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, P OCULADO DEL ALBOADA ENFERMENDA DOCUPACIONAL INDIQUE EL VEHICULO. HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBREY DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE (ESPECIPIQUE LA RELACION) DE ESA PERSONA CON EL PATRONO) DESCRIPCIONES QUE ESTIME-PERTINENTE HACEI ARAO OTRO PATRONO?	MES AÑO A SEMANA 42.¿TIENE USTED CI SI FUEBLO)- EN CASO CONS Delgado Rico a el profe a congesti usa del po	ONTRATO DE APARCO DINO STRUCCIÓN SENALE de Marco ESON Veg LÓN NASA DIVONÍN	DEPARTAMENTALIS THABAJA E. ducac ERIA? ADEMAS, NO Cano a que L, pri	MO O UNIDAD EMPLEADO O UNIDAD	ISI INO QUE LA LABOR QUE F CLASE OYECTO alred en lo	de E	9. TIEMPO OI :HABITUAL 9. Añ.C. EL LESIONAE du CAC 46. ¿SUFRIE SI NO de u	JELLEVA CON PATE JON OCUANO HON OTR NUM	O OCURE SO OCURE SO OCURE A Sema	INDO SU CIUAL RIO EL ACO LA CO	PORT DIARREST	HORA O ON E E G COMO CO MUR	DONSECUE DONSEC	44. FE 40. FE 40	CHADE: CH	MENS MES MES MES MES MES MES MES MES MES ME	NO NO
ACCIDENTE AUTO SI TONO NUMERO DE DIASU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DIAS: 5 HORES 6 VOCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOS DEL PATRONO? TO SI NO LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, F OCUPACIO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, F OCUPACIO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, F OCUPACIONO COMO GOURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL INDIQUE EL VEHICULO HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBREY DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE CESPECIFICIUE LA RELACION DE ESA PERSONA QUE CESPECIFICIUE LA RELACION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE OBSERVACIONES QUE ESTIME-PERTINENTE HACEI VIRABAJA-EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO? SI TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE SI	MES AÑO A SEMANA 42.¿TIENE USTED CO SI PUEBLO) - EN CASO CONS Delgado Rico a el profe a congesti Usa del po ER EGUN INVESTIGACION DE	ONTRATO DE APARCO DI NO STRUCCIÓN SENALE DE MARCO DE MARCO DE LO NO EL NOMBRE DE LA E EL NOMBRE DE LA E EL POTRONO	DEPARTAMENTALIS THABAJA E. ducac ERIA? ADEMAS, NO Cano a que L, pri	MO O UNIDAD EMPLEADO O UNIDAD	alred en lo	de E ledon s oj	9 TEMPO OI :HABITUAL 9 Añce LLESIONAE 46 LSUFFIE	JELIEVA JELIEV	Files	HOEL ACCURACY AND ALL A	POR I DARRIO COLORNIA	HORA O ON E COMO CI MUR CATION SO. THEM AÑOS MESR	ONSECUE	SEMANAL DE SI NO	CHADE IS ACIDE STABA EI STABA EI CIALEST ACIDE ACIDE SALARIO SEMMEN:	MENS MES MES MES MES MES MES MES MES MES ME	NO NO
ACCIDENTE AUTO SI INO NUMERO DE DUSU HORAS QUE TRABAJA EN LA S DIAS: 5 HORAS COCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO DE LOS PREDIOSO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, P COLUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, P COLUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SITIO, BARRIO, P COLUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL INDIQUE EL VENLUO. HERRAMIENTA, SUSTANCIA O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA CON EL PATITONO OBSERVACIONES QUE ESTIME-PERTINENTE HACEI TRABAJA-EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATIFONO TRABAJA-EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATIFONO O SI PORTO AVA AVA AVA AVA AVA COLOR TRABAJA-EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATIFONO O COLOR TOTRO TRABAJA-EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATIFONO O COLOR TRABAJA-EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO TRABAJA-EL LESIONADO TAMBIEN TRA	MES AÑO A SEMANA 42.¿TIENE USTED CO SI PUEBLO) - EN CASO CONS Delgado Rico a el profe a congesti Usa del po ER EGUN INVESTIGACION DE	ONTRATO DE APARCO DI NO STRUCCIÓN SENALE DE MARCO DE MARCO DE LO NO EL NOMBRE DE LA E EL NOMBRE DE LA E EL POTRONO	DEPARTAMENTALIS THABAJA E. ducac ERIA? ADEMAS, NO Cano a que L, pri	MOO UNIDAD EMPLEADO TIÓN AS INDIQUE DAN MBRE DEL PRO L hace L saló	alred en lo	de E ledon s oj	9. TIEMPO OI :HABITUAL 9. Añ.C. EL LESIONAE du CAC 46. ¿SUFRIE SI NO de u	JELIEVA JELIEV	Files	HOEL ACCURACY AND ALL A	POR I DARRIO COLORNIA	HORA O ON E COMO CI MUR CATION SO. THEM AÑOS MESR	ONSECUE	SEMANAL DE SI NO	CHADE IS ACIDE STABA EI STABA EI CIALEST ACIDE ACIDE SALARIO SEMMEN:	MENS MES MES MES MES MES MES MES MES MES ME	NO A.

CFSE-373 Rev. AGOSTO/99

NOMBRE

Case:17-03283-LTS Doc#:13958-1 Filed 08/04/20 Entered:08/05/20 12:29:18 Desc: Exhibit Page 19 11 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICCORPORACION

CORPORACION FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO

PO BOX 365028 • SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-5028

INFORME PATRONAL VEA INSTRUCCIONES AL DORSO

							PORAC SEGUI					T	NSTRUCCIO	MES AL DON	7
		NO ESC	RIBA EN	ESTE	ESPA	CIO -	USO E	XCLUS	SIVO	DE LA	CORP	ORAC	ON		
NUMERO DE C	7				FECH	A RADIC	ACION		CLAVE	DE COM	PENSABI	IDAD -	REG Y D	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	VALTA (C)
AÑO DISP	NUM	ERO	D/C B	atch	AÑO	MES	DIA				1 1		TRAI	AÑO	MES
20 20 20 20 20 E	100 200														
FECHA ALTA DEPINITIVA	PARTECO PORT REPRESENTATION	ORNAL	COMPENSA: SEMANA				1	RO DE P	POLIZA	1 13	200		CLAVE	GRUPO	STAT.
AND MES ON	DIAS			L AÑ	0 T	R	0	++	-	AÑO FACT	. AMP	2		-	PAT.
1. NOMBRE DEL PATRONO (SEGUI	N POLIZA)		rapide partitioner	PARTE	A - II	NFOR	7	RO	_	RONO	Año Fact.	AMP.	3. SEC	GURO SOCIAL PATRO	
Demontered	1 771	.,			NU	UMERO DE POLIZA	\Box				Fact.	TT	July 3E	TITLE PATRO	T
Departamento DIRECCIÓN POSTAL - URB. O CON	D. O BARRIO, CA	CACION RR. KM. H.				ASE DE P	ATRONO:		ndustria	Soc	eiedad C	Corporación	Cooperative	5 9 0 6 6 5 CLASE DE NEC	0000
P. O. Box 190			~			Asc	ciación	Sindico		Sucesión	All		XXotros	Educaci	-
NUMERO CALLE, MUNICIPIO, O PA			110		1			-0.2		úm., Barrio, C				7. TELEFON	10
San Juan, Pue	erto Ki	20 009	THE RESERVE AND PARTY.	ARTE B -						Delga		e Mar	cano	736-	0470
B. NUMERO SEGURO SOCIAL		9. APELLIDO PAT		4111111		DO MATERI		BKE EL		BRE 1			NOMBE	RE 2	
4	7 7 6	7.7			,					19312 - 13- 33		w.			1
10. DIRECCION RESIDENCIAL (FISICA)	/ / / !	Vega			M	artí	nez	- 1		Willi	am			4.	
Calla 33 P-6	17	ah 75	-h- C-		0	Tours and a contract of	70		D.						
Calle 33 R-6 11. DIRECCION POSTAL EN LA QUE INT	TERESA RECIBIR LI	OS CHEQUES DE	DIETAS O COMPE	NSACION, SI A	TGNNO	agua	s, Pu	erto	Kic	0			CODIG	O POSTAL + FDUR	
Callo 33 P-6	17 _ 115	ab Tuna	obs Car				т.		T. *						
Calle 33 R-6	14. ESTADO CIVIL	D. TUE	15. NUM. DE	PENDIENTES	<u>- C</u>	agua	S. PU	erto WA	17. NO	O MBRES DE PA	DRE Y MADE	RE		00725	
□ F ☑¥ 7//1-2512	CASADO	☐ VIUDO ☐ DIVORCIAD	HJOS) NO H	HIJOS				Wi	711am	v C1	orio	g	North A. 1984	Na Assem
TR FECHA NACIMIENTO		D. PUEBLO DE NA		21. GR	ADO ESCO	DLARIDAD	1 113	22. OCI	UPACION H	HABITUAL	y 01	.UL La		23. MANO HAI	34L
5 9 1 2 3 0	1.3	New Yo	alr.	D	٨			M		- E.				D DER.	Fire
24. FAMILIAR MAS CERCANO QUE NO R	RESIDA CON LESIO	NADO	25. TELE	FONO B.	A. 2	26. DIRECC				o Edu			27.	FECHA ACCIDENTE	ZZZO.
Helen Vega Mar	tinez			78 EUR 1783 HOS GUS 100	. 1					zo -	Calle			AÑO MES	DI
28. HORA DEL ACCIDENTE		OMENZO A TRABA	JAR EL DIA DEL A	CCIDENTE	3	30. FECHAT		ALTO	, P MES	DI DI	A	Н.	31. PUEBLO DE /	O 3 1 0	131
9:30 A.M.		8:00	ZX.	KA.M. P.M.		SU LABO		N/A	Δ				San T	Lorenzo	
32, ACCIDENTE AUTO 33, FECHA	A DE LA MUERTE				ESIONADO E SI TIENE	D ES MENO	R DE EDAD			LDO	1 a	6, FRECUEN		301 e1120	
□si √Eµno N	/A	MES AÑ	0		N//		sı 🗆 i		00	205	20	□ PO		DUINCERAL D	SEMANAL
37, NUMERIO DE DIASTU HORAS QUE TR		ANA	1	38. DEPAR TRABA	TAMENTO IA EL EMPI	O UNIDAD	MATERIAL STREET, STATE OF	Yanasa	39. TIEMP	O QUE LLEVA	REALIZANDO RONO ACTUA	O SU OCUPA	CONTRACTOR OF CONTRACTOR OF CONTRACTOR	40. FECHA DE POS JUBILACION	BLE
11. ¿OCURRIO EL ACCIDENTE DENTRO	30	A Treatment	1000	Educ					14	años			* *	AÑO ME	
PREDIOS DEL PATRONO?	DE LOS		D CONTRATO DE		1_					NADO CUAND		EL ACCIDEN	ITE	44. ¿ESTABA EN GE OFICIALES?	
SI NO 45. LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE (SI	TIO, BARRIO, PUEE		ONSTRUCCION S	EÑALE ADEMA	S. NOMBR	E DEL PRO	rtando YECTO	ose d		RIERON OTR		OOS LESION	ES COMO CONSECU	JENCIA DEL ACCIDENTE	□ NO ?
Salón de Educad	ción Fí	eica =	Fec I	D M	e Ma	arcar	10 Dolar	odo		SI NUM			MURIERON	□sı	NUM
47. DESCRIBA DETALLADAMENTE									(%)					\$2)\square	
COMO OCURRIO EL ACCIDENTE O LA ALEGADA ENFERMEDAD OCUPACIONAL														ía si cla	
INDIQUE EL VEHICULO HERRAMIENTA, SUSTANCIA	levant	arse de	e la si	lla d	e su	ısal	ón s	ntió	un	fuert	e do	lor e	en la pa	rte baja	de 1
O EL NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA QUE CAUSO EL ACCIDENTE														al igual	
(ESPECIFIQUE LA RELACION DE ESA PERSONA CON EL PATRONO)	sentad														
III. OBSERVACIONES QUE ESTIME PERTI													***************************************		
49. ¿TRABAJA EL LESIONADO TAMBIEN PARA OTRO PATRONO?													50. TIEMPO	SALARIO	
1	☐ sı	NOTE (INCLU	YA EL NOMBRE DI	E LA EMPRESA)								AÑOS MESES	SEMANAL MENSUAL	
51. TESTIGOS QUE PRESENCIARON EL A	ACCIDENTE SEGUN	INVESTIGACION	DEL PATRONO												

DIRECCION